Nr. 5 R. 1932 WRZESIEŃ — PAŹDZIERNIK ROK XXVII

KRONIKA DENTYSTYCZNA

DWUMIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM

Z Zakładu Antropologji Wydziału Lekarskiego Uniw. Poznańskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Adam Wrzosek.

RZADKI PRZYPADEK ANOMALJI ZĘBOWEJ.

Podał

DOC. DR. MED. MICHAŁ ĆWIRKO-GODYCKI.

Poznań.

Sprawą nieprawidłowości zębów zajmowano się od dosyć dawna. Nieprawidłowości te były przedmiotem studjów wielu autorów z różnego punktu widzenia.

Już w końcu ubiegłego stulecia ukazały się ścisłe prace, dotyczące omawianego przedmiotu. Wspomnę tu o monografji Magitot'a („Traité des anomalies du systéme dentaire". Paris, 1877).

Autor ten podzielił wszystkie spotykane nieprawidłowości zębów na kilka grup, z których najważniejsze są pod względem: 1) liczby, 2) kierunku, 3) rozmiarów i kształtów, 4) układu, wreszcie 5) rozwoju.

Liczni inni autorowie badali związek anomalij zębowych człowieka w stosunku do uzębienia małp, czy to anomalje zębowe w poszczególnych grupach ludzkich, np. u przestępców, chorych umysłowo, t. z. ras niższych i t. d.

To też omawiany przedmiot został wyświetlony wszechstronnie. Dlatego przypadek anomalji zębowej, który tu przedstawiam, może być uważany tylko jako przyczynek kazuistyczny anomalij zębowych, o tyle ciekawy i rzadki, że jednocześnie zawiera kilka cech niezwykłych, mianowicie: 1) niewłaściwość miejsca, t. zw. przez Magitot'a heterotopję, czyli „transplantation simple", 2) obrót dookoła swej osi prawie o 90° i 3) redukcję formuły zębowej strony lewej o 2 zęby, czyli formuła tej strony przestawia się następująco:

2i. 1p. 1 c. 2m.

2i. 1c. 1p. 2m.

Przypadek dotyczy dorosłej kobiety w wieku lat 22, której górna szczęka wskazuje zmianę miejsc zębów: dwuguzkowca (bicus) i kła. Bezpośrednio po siekaczu bocznym strony lewej następuje dwuguzkowiec, obrócony dookoła swej osi pionowej o prawie 90°, a następnie za nim znajdujemy kieł zwykłego rozmiaru i normalnie ustawiony.

Po rzeczonym kle następuje trzonowiec I również zwykłej wielkości

i formy. Brak więc dwuguzkowca drugiego (bicus II). Analogicznego zęba, t. j. dwuguzkowca drugiego brak również w szczęce dolnej po lewej stronie przy zupełnie prawidłowym układzie innych zębów.

Pomiędzy dwuguzkowcem a kłem szczęki górnej znajduje się niewiel-



Rys. 1.
Szczęka górna. Po stronie lewej zmiana miejsc kła i dwuguzkowca.



Rys. 2.

Zdjęcia rentgenowskie. Po lewej stronie widoczna rotacja dwuguzkowca (bicusa) oraz długi charakterystyczny korzeń kła. Po stronie prawej zdjęcie szczęki dolnej. Na obu zdjęciach widoczny brak zawiązków dwuguzkowców II.

kich rozmiarów rozstęp (diastema), natomiast kieł przylega do pierwszego trzonowca.

Strona prawa wykazuje stosunki zwykłe; posiada normalną liczbę zębów w obu szczękach. Trzonowców trzecich czyli zębów mądrości brak zupełny.

Brak zupełny drugich dwuguzkowców (bicus) w obydwu szczękach potwierdzają zdjęcia rentgenowskie, które zawdzięczam uprzejmości p. prof. K. Mayera, za co składam Mu na tem miejscu serdeczne podziękowanie. Na zdjęciach tych widzimy brak zawiązków dwuguzkowców w miejscach, gdzie mogłyby się wyrznąć.

Zdjęcie górnej szczęki wykazuje ponadto, że zmiana miejsc zębów kła i dwuguzkowca jest rzeczywista, jak to widać z kształtów korzeni zębowych, a nie pozorna, co miałoby miejsce, gdyby tylko zewnętrzny kształt zębów był zmieniony.

Rozpatrując poszczególne wyżej wymienione anomalje, musimy zaznaczyć, że przemieszczenie kła i dwuguzkowca, jakkolwiek nie należy do najczęstszych, nie jest jednak nadzwyczaj rzadkie. Podobną anomalję opisuje dokładnie Sternfeld („Handbuch der Zahnheilkunde"); zbliżony przypadek posiada również w swoich zbiorach klinika stomatologiczna Uniw. Poznańskiego. Cechę większej rzadkości stanowi przemieszczenie rzeczone w tym sensie, że w przypadku naszym dwuguzkowiec znajduje się jednocześnie w obrocie dookoła swej osi podłużnej prawie o 90°. Należy zaznaczyć jednak, że obrót sam jako anomalja zębowa spotyka się bardzo często. Znane są obroty wszystkich zębów: od siekaczy, które tę anomalję wykazują najczęściej, do trzonowców, których jednak obrót o 90° jest według Scheffa całkiem nieznany.

Co się tyczy jednostronnego braku II dwuguzkowców w szczęce górnej i dolnej, to jest to przypadek rzadki. Jeżeli bowiem przypadki zupełnego lub częściowego braku zębów mądrości, nawet u osób w bardzo późnym wieku, zdarzają się dosyć często, nierzadko spotyka się brak siekaczy, to stosunkowo mało jest obserwacyj, dotyczących braku dwuguzkowców.

Czasem brak pewnych zębów można tłumaczyć tem, że zawiązek zęba został usunięty razem z zębem mlecznym; w naszym przypadku jednak nie odgrywa to żadnej roli, gdyż wiemy z wywiadów, że zęby mleczne wypadły same, a zatem zachodzi tu rzeczywista redukcja formuły zębowej strony lewej.

Redukcja tego rodzaju jest bardzo ciekawa, jeżeli przypomnimy, że u ssaków niższych formuła zębowa występuje pod postacią 3(5), 1, 4, 3(4), czyli dwuguzkowców znajdujemy cztery, jak również często spotyka się cztery trzonowce. Postępując w kierunku człowieka, widzimy tendencję do skracania się szczęki i redukcji przedewszystkiem IV trzonowca, aczkolwiek spotykamy go jeszcze u małp naczelnych, a nawet niejednokrotnie u tak zwanych ras niższych, jak u Australczyków (Krause), Tasmańczyków (Le Double), Neo-Kaledończyków (Bérillon i Fontan).

Zuckerkandl twierdzi, że często można spotkać zawiązek czwartego trzonowca u dzieci i dorosłych.

Dwuguzkowce redukują się znacznie wcześniej w szeregu zwierząt, aniżeli czwarte trzonowce.

Cztery dwuguzkowce nie zawsze spotykamy już u małpiatek, występują jednak jeszcze w liczbie czterech u małp nowego świata, czyli tak zwanych platyrrhini (szerokonosych), natomiast nie znajdujemy zwiększonej ich liczby u małp starego świata, czyli catarrhini, a także anthropomorphae, gdzie znajdują się stale w liczbie dwu.

Jeżeli więc przyjmiemy, że w procesie redukcji formuły zębowej, a tem samem skracania się szczęk, odgrywają rolę początkowo 2 dwuguzkowce, następnie ostatnie trzonowce, to redukcja dwuguzkowców dalszych, t. j. drugiego i pierwszego jest cechą wybitnie progresywną, tem bardziej ciekawą, że osoba w naszym przypadku jest młoda i niewiadomo, jak się

będą zachowywały ostatnie trzonowce co do okresu ich wyrzynania się, ich kształtów oraz rozmiarów.

RESUMÉ.

Doc. dr. med. Michel Ćwirko-Godycki. **Un cas rare d'anomalie dentaire.**

Cette communication était présentée au V Congrés de Institut International d'Anthropologie à Paris. Il s'agit d'un cas d'anomalie dentaire, concernant la mâchoire supérieure gauche chez une femme de 22 ans. Il y avait là une transplantation simple, c'est-à-dire un changement de la place de la canine et de la prémolaire I, qui lui même était en rotation de présque 90°. En outre il y avait une réduction de la formule dentaire. Il manquait la seconde prémolaire du côté gauche dans les deux mâchoires.

RESUMO (ESPERANTE).

Doc. Dr. med. Ćwirko-Godycki M. (El la Antropologia Instituto de la Medicina Fakultato de la Poznaja Universitato). **Malofta okazo de denta anomalio.**

La okazo koncernas virinon de 22 jaroj, kies supra makzelo evidentigas shanghon de lokoj de la dentoj: dupinta (bicuspidatus) kaj kojna (caninus). Senpere post la maldekstra flanka incizivo (tranhdento) sekvas la dupinta turnita chirkau sia akso je preskau 90, kaj post ghi ni trovas la kojnan denton (caninus) de ordinara dimensio kaj normale starantan. Post la citita kojnodento sekvas unua machdento (molaris) ankau de ordinara grandeco kaj formo. Mankas do la dua dupinta (bicuspidatus II).

Simila dento mankas ankau en la malsupra makzelo je la maldekstra flanko kvankam la ordo de chiuj ceteraj dentoj estas tute regula.

Inter la dupinta dento kaj la kojna en la supra makzelo trovighas interspaco malgranda (diastema), sed la kojna altushas la unuan machdenton.

La dekstra flanko evidentigas ordinarajn proporciojn, posedas normalan nombron de dentoj en ambau makzeloj. La triaj machdentoj (saghecaj) mankas tute.

La plenan mankon de la duaj maldekstraj dupintaj dentoj en ambau makzeloj konfirmas la rentgenaj fotgrafajhoj, sur kiuj ni vidas mankon de embrioj sur la lokoj kie la dupintaj povus formighi. La fotografajho de la supra makzelo evidentigas krome ke la lok-intershangho de la kojna dento kun la dupinta estas efektiva, kiel oni tion vidas lau la formoj de dentaj radikoj, kaj ne shajna, kio okazus, se nur la ekstera formo de la dentoj estus shanghita.

Zestawienie statystyczne pomocy dentystycznej w Polsce.

Podał

DR. WITOLD CYBULSKI.

Zast. prof. i kierownik kliniki protetycznej Państw. Instytutu Dentystycznego w Warszawie.

Ostatnie zestawienie statystyczne liczby lekarzy-stomatologów i lekarzy-dentystów ukazało się w „Polskiej Dentystyce" w opracowaniu prof.

Antoniego Cieszyńskiego w roku 1928 i obejmowało liczby z roku 1927. Nieznane mi są drogi, jakiemi zdobył prof. Cieszyński dane do swej, trzeba przyznać, dokładnie i wszechstronnie opracowanej statystyki. Mnie się to w tej mierze nie udało, gdyż urzędowe statystyki nietylko nie podają w sposób przejrzysty swoich liczb, lecz również pomijają wiele danych, nader ważnych dla oceny rzeczywistej pomocy dentystycznej w kraju.

Statystyka taka powinna, mojem zdaniem, obejmować wszystkie siły składowe pomocy dentystycznej, to jest:

1. Ogólną liczbę:

a) stomatologów, t. j. lekarzy specjalistów dentystów,
b) lekarzy-dentystów,
c) uprawnionych (koncesjonowanych) techników dentystycznych,
d) techników dentystycznych, rejestrowanych w rzemiośle.

2. Liczbę mężczyzn i kobiet.
3. Statystykę narodowościową względnie wyznaniową.
4. Rodzaj wykształcenia względnie datę dyplomu.
5. Rozmieszczenie w ośrodkach miejskich i wiejskich.
6. Liczbę w stosunku do liczby mieszkańców:
   a) całego Państwa Polskiego,
   b) poszczególnych województw.

Zdobycie danych do tak zakreślonego planu statystyki natrafiło na tego rodzaju trudność, że, gdy wszystkie źródła urzędowe miały dział lekarski względnie dokładnie opracowany, dział lekarsko - dentystyczny przedstawiał się znacznie powierzchowniej, o technikach nigdzie żadnych danych zdobyć nie mogłem i, jak mnie poinformowano, najlepsze dane co do tego działu pomocy dentystycznej mogły dać urzędy podatkowe, niestety, jednak również nie zupełne, bowiem obejmują jedynie techników płatników podatkowych. Zrzeszenia techników dentystycznych też mogły podać jedynie zrzeszonych członków, a więc tylko pewien odsetek w rzeczywistości pracujących w zawodzie.

Liczba kobiet i mężczyzn odnośnie do lekarzy była w sprawozdaniach Głównego Urzędu Statystycznego podana, natomiast ilość lekarzy-dentystów była podana jedynie ogólnie na całe Państwo, wobec czego sięgnąłem do spisu lekarzy i lekarzy-dentystów, wydanego w roku 1931 przez Naczelną Izbę Lekarską. Spis uwzględniał jedynie ilość lekarzy, pracujących w danem mieście czy powiecie, lecz płci nie podawał, ani też narodowości i wyznania.

Na podstawie jednak porównania liczby, podanej przez Mały Rocznik Statystyczny, w r. 1932 było lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem 2,927, według zaś spisu lekarzy-dentystów, podanego przez Naczelną Izbę Lek. było lekarzy-dentystów, praktykujących 2,497. Dziwna ta różnica w ciągu jednego roku statystycznego o 430 osób wynika z tego powodu, że statystyka Głównego Urzędu Statystycznego objęła wszystkich lekarzy-dentystów dyplomowanych, podczas gdy spis lekarzy objął jedynie zgłoszonych do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej. Na różnicę tę składają się: a) brak danych z Województwa Śląskiego i b) nie-

zajmujący się praktyką lekarze-dentyści. Ciekawą byłoby rzeczą stwierdzenie wiele przypada kobiet na tę ostatnią pozycję.

W spisie lekarzy Nacz. Izby Lek., w rozdziale obejmującym Wojew. Krakowskie, podano między lekarzami-dentystami lekarzy-stomatologów, którzy byli już uprzednio podani w spisie lekarzy.

Statystyka niniejsza nie jest ani zupełna ani całkiem pewna i zebranie dokładniejszych danych nie będzie tak długo możliwe, jak długo Departament Służby Zdrowia nie zażąda szczegółowszych danych co do pomocy dentystycznej w Polsce od swych podległych organów.

Nawet z tej jednak, tak niezupełnej, statystyki dadzą się pewne wnioski wyciągnąć. Uderzająca jest niezwykle niska cyfra odsetku przypadającego na 10.000 mieszkańców w południowych i zachodnich dzielnicach Polski. Gdy na całe Państwo odsetek praktykujących lekarzy-stomatologów i lekarzy-dentystów wynosi 0,7, w województwach centralnych osiąga on 1,2, we wschodnich 0,902, w południowych dochodzi zaledwie do 0,4, a w zachodnich spada nawet do 0,26. Przyczyna tego jest zupełnie jasna. W obydwu tych dzielnicach egzystują jeszcze tak zwani koncesjonowani lub uprawnieni technicy dentystyczni, wykonywujący praktykę bezprawnie w tym samym zakresie co i lekarze-stomatolodzy lub lekarze-dentyści. Jedno zło pociąga za sobą drugie: gdy uprawnionych techników jest stosunkowo niewielu i szeregi ich coraz bardziej się przerzedzają, pozbawione naturalnego przyrostu sił młodych, pod ich firmą i pod pozorami zupełnej równorzędności w prawach uprawiają praktykę w szerokim zakresie technicy bez żadnych uprawnień i, co gorsza, nawet bez elementarnego wykształcenia. To też o skutkach partactwa, uprawianego przez jednych i drugich, możnaby całe tomy napisać i gazety codzienne jako też pisma fachowe roją się od przykładów, omawiających tę bolączkę dentystyki.

Jeśli mowa o pomocy dentystycznej, to nie można pominąć felczerów, którzy na terenie województw środkowych i wschodnich egzystują i podobnie, jak uprawnieni technicy, nie mają przyrostu sił młodych. Felczerzy po wsiach i mniejszych miasteczkach udzielają również bardzo prymitywnej pomocy dentystycznej. W miarę wymierania uprawnionych techników i felczerów lukę, powstającą przez ich ubytek, musi zastąpić element inaczej przygotowany fachowo i dający gwarancję, że obowiązki swe będzie spełniał sumiennie i że pomoc dentystyczna nie będzie przekraczała możliwości ekonomicznych ludności.

Sądząc z cyfr, jakie zawierają sprawozdania katedr stomatologicznych uniwersyteckich i Państwowego Instytutu Dentystycznego, system, przyjęty na uniwersytetach małopolskich, nie da społeczeństwu dostatecznej liczby fachowo przygotowanych lekarzy i raczej myśleć należy o kształceniu dobrych lekarzy-dentystów.

RESUMO (ESPERANTE).

Dr. med. Cybulski W. (anst. prof. de la Shtata Dentista Instituto (Varsovio). **Statistika resumo de la dentista helpo en Polujo.**

Lau la opinio de la autoro statistiko devas enhavi chiujn faktorojn de la dentista helpo, t. c. 1) la gheneralan nombron de l'stomatologoj, dentkuracistoj, rajtigitaj dent-teknikistoj, kaj dent-teknikistoj registritaj en

Statystyka stomatologów i lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem.

Wojew.	Liczba ludności	stomatologów ogółem	stomatologów męż.	stomatologów kob.	stomatologów na 10000 ogółem	lekarzy-dentystów ogółem	lekarzy-dentystów mężcz.	lekarzy-dentystów kobiet	lekarzy-dentystów na 10,000 ogółem
Polska ogółem .	32 miljony 100,000	236	194	42	0,07	2497	br. d.	br. d.	0,7
W miastach . .	—	224	182	42	—	—	br. d.	br. d.	brak danych
W gminach wiejskich . . .	—	12	12	—	—	—	br. d.	br. d.	brak danych
Miasto Warszawa	1,178000	20	18	2	0,1	648	br. d.	br. d.	5,3
woj. Warszawskie . . .	woj. centralne 12 mil. 322 tys. bez Warszawy	29	26	3	0,2	199	br. d.	br. d.	1,0
Łódzkie . . .						368			
Kieleckie . .						190			
Lubelskie . .						135			
Białostockie .						197			
Wileńskie . .	woj. wsch. 5,600,000	2	2	—	0,002	196	br. d.	br. d.	0,9
Nowogródzkie .						87			
Poleskie . . .						74			
Wołyńskie . .						128			
Poznańskie . .	woj. zachod.	29	29	—	0,06	28	br. d.	br. d.	0,2,
Pomorskie . .						83			
Śląskie . . .						—			
Krakowskie . .	woj. poł. 8,500,000	156	124	32	0,2	74	br. d.	br. d.	0,2
Lwowskie . .						39			
Stanisławowskie						37			
Tarnopolskie . .						14			

la profesio, 2) la nombron de l'viroj kaj virinoj, 3) la statistikon de la naciecoj respekt, religioj, 4) kategorio de instruiteco, respekt, diplomo. 5) la dislokigon en la urbaj kaj vilaghaj centroj, 6) la nombron proporcian al la nombro de la loghantoj de la tuta shtato kaj de la apartaj vojevodioj (departamentoj). Lau la Malgranda Jarlibro Statistika en la j. 1932 estis en Polujo 2927 dent-kuracistoj diplomitaj. Tiu chi statistiko ne estas preciza. En la tuta Shtato la procento de l'praktikantaj dent-kuracistoj kaj stomatologoj estash 0,7, en la centraj vojevodioj ghi atingas 1,2, en la orientaj — 0,902, en la nordaj atingas apenau 0,4 kaj en la okcidentaj ghi falas ghis 0,26 (tie chi per dent-kuracado okupighas ankau la t. n. rajtigitaj (koncestiigitaj dent-teknikistoj). En la centraj vojevodioj donas ankau dentistan helpon felcheroj (subhirurgoj). Se jughi lau la ciferoj de la raportoj de la stomatologiaj katedroj kaj de la Shtata Dentista Instituto, la sistemo de la malgrandpolujaj universitatoj (plena kurso univers.) ne donos al la socio sufichan nombron de profesie preparitaj kuracistoj kaj oni prefere devus pensi pri kreado de bonaj dent-kuracistoj.

Dział streszczeń.

Przeciwwskazania do miejscowego znieczulania nowokainą lub jej pochodnemi. Dr. Jean Veyrassat. La Province Dentaire Nr. 4, lipiec — sierpień, r. 1930.

Zdaniem autora, miejscowe znieczulenie nasiękowe może być w pewnych warunkach powodem groźnych powikłań; bezwzględnemi przeciwwskazaniami tej metody powinny być ropowice, ropnie kostne, ostre i przewlekłe stany zapalne dziąsła i ozębnej oraz ropociek zębodołowy. W tych przypadkach nie należy wykonywać zastrzyków nowokainy lub jej pochodnych w bepośredniem sąsiedztwie tkanek zainfekowanych względnie w stanie zapalnym. Środki te, zastrzyknięte w okolicę ognisk ropnych, rozpierają i przepajają sąsiednie tkanki; zarówno mechaniczny ucisk rozczynu jak i chemiczne swoiste działanie środka znieczulającego wywołują zahamowane krążenia w tych tkankach oraz skurcz naczyń włosowatych, a tem samem wykluczają obronne zjawiska fagocytozy. W rezultacie tkanki, nacieczone rozczynem w sąsiedztwie ogniska ropnego, stają się podatnem podłożem dla dalszego rozwoju sprawy zapalnej.

Niekiedy znieczulenie miejscowe może się stać nietylko źródłem rozległych infekcyj, lecz nawet przyczyną zejść śmiertelnych.

Zastrzykiwane do dziąsła środki znieczulające wywołują tu mniej lub bardziej długotrwały zastój i najwyraźniej opóźniają proces gojenia się rany po ekstrakcji zęba; podczas gdy ząb, odpowiednio wyjęty bez znieczulenia miejscowego względnie w znieczuleniu ogólnem chlorkiem etylu, pozostawia ranę, gojącą się już w ciągu 4 do 6 dni, to rana po usunięciu zęba w znieczuleniu śróddziąsłowem kokainą lub nowokainą pozostaje najczęściej dłuższy czas, bo od 2 tygodni do 2 miesięcy, otwarta, wydzielając

nieraz wkońcu małe martwaki, co należy przypisać nietyle działaniu kleszczy, ile własnościom środka znieczulającego. Jeśli uprzytomnić sobie, że rana pozostaje w ten sposób dłużej otwarta dla wszelkich tak licznych w jamie ustnej drobnoustrojów, to łatwo pojąć, że to opóźnienie w przebiegu jej gojenia jest wręcz zjawiskiem szkodliwem. Groźniejsze jeszcze powikłania wywołać może miejscowy śróddziąsłowy zastrzyk znieczulający, wykonany przed ekstrakcją zęba w razie ropocieku zębodołowego. W tych przypadkach obserwowano w następstwie rozległe ogniska ropnego zapalenia szpiku kostnego szczęk oraz ropienie dziąseł, sprawy bardzo bolesne, połączone z wysoką temperaturą i groźnemi objawami ogólnemi. Autor przytacza jeden z zaobserwowanych przez siebie przypadków, który, pomimo natychmiastowego zabiegu chirurgicznego, zakończył się zejściem śmiertelnem. Zdaniem tedy autora, gdy chory sprzeciwia się ekstrakcji bez znieczulenia, należy ją raczej wykonać w krótkotrwałej narkozie chlorkiem etylu.

Henryk Winograd (Brześć n/B.).

Znaczenie riwanolu w zębolecznictwie. Dr. Hille H. (Brieg). Zche Rund. N. 18, r. 1932.

Autor stosuje riwanol najchętniej do odkażania warstw głębokich w uporczywych przypadkach periodontitis, po uprzedniem oczyszczeniu i leczeniu przewodów korzeniowych, używanemi w takich razach środkami, a również jako pierwszą pomoc u pacjentów, u których leczenie zęba jest narazie z jakich bądź powodów niemożliwe.

Hille stosuje często 1% rozczyn riwanolu, świeżo przygotowany. Nalewa do małego tygielka Seidela 2½ — ½ ccm. wody destylowanej, doprowadza do wrzenia, dzięki czemu ilość wody szybko zmniejsza się do 2 ccm. poczem wrzuca 1 tabletkę riwanolu, zagotuje 2 — 3 razy aż tabletka całkiem się rozpuści; następnie dodaje ½ tabletki nowokaino - suprareninowej E. Gdy ta zupełnie się rozpuści, nabiera do strzykawki 1½ ccm. płynu oszprycowuje pod zupełnie słabem ciśnieniem okolicę wierzchołka korzenia drogą 2 — 3 nakłóć. Jeśli nakłócie wykona się ostrożnie, a igłę zagłębia powoli, to zastrzyk riwanolu, skombinowany z nowokainą, jest prawie bezbolesny. Igłę należy wprowadzić aż do kości, gdyż samo nacieczenie tkanki przyzębia nie daje tak dobrych rezultatów. Ponieważ, po ustaniu działania nowokainy, występuje po upływie 1 — 2 godzin lekki ból, H. przepisuje choremu środek uśmierzający bóle, jak, np. compral lub inny. Szkodliwych objawów ubocznych nigdy nie zauważono. Objawy zapalne znikają prawie zawsze już następnego dnia. Od czasu do czasu zdarzają się po 2 — 3 miesiącach lekkie nawroty.

Nie można, oczywiście, polegać wyłącznie na działaniu riwanolu, lecz należy przeprowadzić również leczene korzenia; jednak zastrzyk riwanolu, jako środek pomocniczy i w nagłych przypadkach, gdzie stanowi pomoc doraźną lub postępowanie przygotowawcze, jest bezwarunkowo wskazany.

Miejscowe zastosowanie aspiryny w przypadkach bólów pooperacyjnych. Dr. Dr. Putmann R. i Mitchel L. Record maj r. 1931; Revue de Stomatol. nr. 2, r. 1931.

Płyny nieizotoniczne, zbyt ciepłe lub zimne często powodują bóle pooperacyjne. Znieczulenie, wykonane pod zbyt wielkiem ciśnieniem, przy-

śpiesza zanik tkanek. Większe urazy powodują bóle przy posługiwaniu się dźwigniami. Ciągłe drażnienie brzegów zębodołowych użycie lub pozostawanie ciał septycznych w zębodołach mogą wywołać bóle. Częste w podobnych przypadkach zakładanie gazy, w celu przeciwdziałania utworzeniu się skrzepu, nie jest zalecane. Wyjątek stanowi konieczność sączkowania.

Znane są dodatnie i ujemne strony fenolu i kreozotu; oparzenia, przez nie wywoływane, nie przyczyniają się do odradzania tkanek. Bardziej wskazane są środki przeciwneuralgiczne, pomiędzy któremi góruje aspiryna. Aspiryna znana jest ze swoich własności odkażających. We wszystkich przypadkach ekstrakcji przy zapaleniach szpiku kostnego, przy krwotokach, przy trudnem gojeniu się ran, rozpylanie aspiryną zębodołu wywiera wpływ kojący. Podrażnienia, ani objawów zatrucia przy użyciu jej niema. Oczywiście, takie rozpylanie nie może być stosowane przy zwykłych ekstrakcjach. Nie powinniśmy zalecać pacjentom zbyt częstych płókań, zwłaszcza wodą utlenioną, która, posiadając własności rozpuszczające, szkodzi organizacji skrzepu. Rozpylanie aspiryną posiada własności odkażające, znieczulające i powoduje skurcz naczyń. Zastosowanie aspiryny może być również korzystne przy małych owrzodzeniach różnego pochodzenia. Skrapiamy przedewszystkiem ranę (2 — 3 razy dziennie wystarczy przy ciężkich przypadkach), następnie rozpylamy aspirynę głębiej, uważając przytem, aby nie przedostała się do dróg oddechowych.

A. P.

Nowa metoda przeciwko obumarciu miazgi pod plombami krzemowemi. Dr. Kulka. La Sem. Dent. nr. 36, r. 1931.

Autor przypomina, że cementy, zwłaszcza cementy krzemowe, mogą wywołać podrażnienie miazgi, doprowadzające niekiedy do martwicy tkanki, i niezależnie od przyczyn natury fizycznej uważa za prawdopodobną przyczynę obumarcia miazgi wydzielanie się z cementów pewnych substancyj szkodliwych, jak np. kwasu fosforowego, kwasu krzemowego, fosforanów i krzemianów glinu, berylu i t. d. Metoda klasyczna, mająca zapobiec przenikaniu jakichkolwiek substancyj do kanalików zębinowych, polega na pokrywaniu zębiny nieprzepuszczalną błoną, otrzymywaną przez wyparowanie stężonego rozczynu gumy, celuloidu i t. d. oraz płynów nierozpuszczalnych w wodzie. Metoda ta jednak okazała się częstokroć bezskuteczną, gdyż uzyskana w ten sposób warstwa izolacyjna traci z biegiem czasu na swej objętości wskutek parowania rozczynu i ulega łatwo rozkładowi, w następstwie czego tworzą się w niej szczeliny.

Druga metoda, polegająca na pokrywaniu dna ubytku podkładem z gutaperki, sztucznej zębiny (Fletcher), lub innego cementu, jest często żmudna i może spowodować przerwanie szczelności pomiędzy plombą a ścianką ubytku.

Autor uzyskał doskonałe wyniki, pokrywając zębinę słabym rozczynem wyciągu żywicy, fosforanu wapnia, tymolu i alkoholu etylowego, z zawartością śladów srebra. Rozczyn ten („Obturasol“) ma zobojętniać substancje szkodliwe, działając zarazem jako środek dezynfekcyjny oraz sprzyjając wytwarzaniu się przezroczystej warstwy zębiny. Przenika on dość głęboko do kanalików zębinowych, osadzając w nich po pewnym określonym przeciągu czasu rozpuszczone w roztworze substancje, pod-

czas gdy ścianka ubytku pod osłoną cienkiej warstwy rozczynu pozostaje wolna, pozwalając na dokładne przyleganie i umocowanie użytych do plombowania materjałów. Żywica pochłania kwasy krzemowe oraz rozpuszczone krzemiany, tudzież za pomocą pochłoniętego już kwasu krzemowego — kwas fosforowy i fosforany; fosforan wapnia przez wydzielanie wapnia nasyca równoważne ilości kwasu fosforowego. Oba te zjawiska przyczyniają się do kondensacji plomby. Z drugiej znów strony, żywica z tymolem zarówno jak srebro i alkohol wyjaławiają całkowicie zębinę, samo zaś srebro sprzyja tworzeniu się nowej zębiny. Stosując tę metodę unika się obumarcia miazgi pod krzemami.

Henryk Winograd (Brześć n/B.).

Odgłosy.

Zasadnicze orzeczenie Sądu Najwyższego w sprawie wyjmowania zębów przez uprawnionych techników dentystycznych.

Postanowienie Izby II (karnej) Sądu Najwyższego w składzie siedmiu sędziów z dnia 21 maja 1932 r. (II. 3 k. 151/32).

Przewodniczący: sędzia K. Angerman. Sędziowie: K. Berezowski, J. Bonisławski, dr. Br. Krzyżanowski (sprawozdawca), dr. M. Sokalski, S. Walfisz, K. Bzowski. Wiceprokurator: T. Jurkiewicz.

Sąd Najwyższy rozpoznawał pytanie prawne, przekazane na zasadzie art. 40 § 1 u. s. p. składowi 7-miu sędziów postanowieniem składu zwyczajnego Izby II Sądu Najwyższego z dnia 7 kwietnia 1932 r. w sprawie karnej Maurycego T., oskarżonego z § 343 u. k. z r. 1852:

„Czy w zakres uprawnień, przyznanych „uprawnionym technikom dentystycznym“ w art. 17 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 10 czerwca 1927 r. (Dz. Ust. Nr. 54, poz. 476), wchodzi wyjmowanie (ekstrakcja)zębów i korzeni, czy też zabiegi te wchodzą w zakres „leczenia chorób jamy ustnej (cyt. art. 17-ty)“?,

i po wysłuchaniu wniosku Prokuratora i obrońcy oskarżonego odwokata dr. L. uchwalił, a Przewodniczący ogłosił następujące postanowienie:

1. W zakres uprawnień, przyznanych „uprawnionym technikom dentystycznym“ w art. 17 roporządzenia Prezydenta Rzeczypospoljtej z 10 czerwca 1927 r. (Dz. Ust. Nr. 54, poz. 476) nie wchodzi wyjmowanie (ekstrakcja) zębów i korzeni.

2. Powyższe postanowienie Sąd Najwyższy postanowił wpisać do księki zasad prawnych.

Uzasadnienie:

Pytanie, czy „uprawnionym technikom dentystycznym“ w rozumieniu art. 17 powołanego rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej

z 10 czerwca 1927 r. wolno wyjmować zęby i korzenie i w jakich wypadkach, było już dwukrotnie przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego. W orzeczeniu z dnia 26 maja 1930 Nr. 3 K. 335/30, wydanem w sprawie J. L., oskarżonego z § 343 u. k. z r. 1852, wypowiedział Sąd Najwyższy zapatrywanie, że określone w art. 17 cyt. rozporządzenia rozszerzenie uprawnień „uprawnionych techników dentystycznych" w stosunku do uprawnień techników dentystycznych, wymienionych w art. 16 cyt. rozporządzenia, nie idzie tak daleko, iżby upoważniało „uprawnionych techników dentystycznych" do wyjmowania zębów. Uprawnienia te bowiem znajdują swoją granicę tam, gdzie chodzi już o „leczenie chorób jamy ustnej", do czego zaliczyć należy wyjmowanie zębów, zwłaszcza chorych, bolących, których stan chorobowy grozi w razie nieumiejętności traktowania niebezpiecznemi komplikacjami.

W orzeczeniu z dnia 7 marca 1932 r. Nr. II 3K. 57/32, wydanem w sprawie Czesława W., oskarżonego z § 343 u. k. z r. 1852, wyjaśnił Sąd Najwyższy, że słowa, określające zakres uprawnień „uprawnionych techników dentystycznych", przyznanych im w cytowanym art. 17, należy tłumaczyć w związku z poprzedniemi przepisami cytowanego rozporządzenia, a przytem mieć także na uwadze, że art. 17 jest zamieszczony w dziale drugim cytowanego rozporządzenia, t. j. w dziale, który nosi tytuł „o wykonywaniu czynności techniczno-dentystycznych". Wynika stąd wniosek konieczny, że wolą ustawodawcy było zabronić „uprawnionym technikom dentystycznym" jakiegokolwiek leczenia wszelkich stanów chorobowych w jamie ustnej, a pozwolić im tylko (poza uprawnieniami z art. 16) na wykonywanie zabiegów techniczno-dentystycznych, określonych w art. 17, niebędących leczeniem w wyżej podanem znaczeniu. Orzekł dalej Sąd Najwyższy, że w konkretnych wypadkach może nieraz powstać wątpliwość co do pytania, czy ma się do czynienia z chorobą jamy ustnej i z jej leczeniem, czy też chodzi tylko o dozwolony uprawnionemu technikowi dentystycznemu zabieg techniczno-dentystyczny, wątpliwość tę musi się starać sędzia usunąć przy pomocy opinji znawców; nie zachodzi jednak ta wątpliwość w wypadku, kiedy zgłaszający się pacjent odczuwa ból (w zębie lub w dziąśle), świadczący, iż w jamie ustnej jest jakiś stan zapalny, wymagający leczenia.

Żadne z tych orzeczeń nie dało stanowczej odpowiedzi na przytoczone na wstępie pytanie, uznając tylko, iż za leczenie choroby jamy ustnej należy uważać wyjęcie zęba lub leczenie u pacjenta, który odczuwa ból (w zębie lub w dziąśle), świadczący o istnieniu jakiegoś stanu zapalnego wymagającego leczenia.

Z wywodów, przytoczonych w powyższych orzeczeniach w związku z należytą wykładnią brzmienia ustawy, należy jednak wysnuć także dalszy wniosek, że odróżnianie wyjęcia zęba (lub też korzenia bolącego, czy też dotkniętego stanem zapalnym, od wyjęcia zęba niebolącego, nie ma ani ustawowego, ani praktycznego uzasadnienia i że „uprawnieni technicy dentystyczni" nie mają wogóle prawa wyjmowania zębów.

Rozporządzenie Prezydenta z dnia 10 czerwca 1927 r. (Dz. Ust. Nr. 54, poz. 476) o wykonywaniu praktyki dentystycznej zawiera w pierwszym dziale zatytułowanym: „Praktyka lekarsko-dentystyczna" przepisy (art. 1 — 12), określające bliżej, komu i pod jakiemi warunkami służy pra-

wo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej, natomiast w drugiej części, opatrzonej napisem „O wykonywaniu czynności techniczno-dentystycznych“ zawiera przepisy określające, komu służy prawo wykonywania praktyki techniczno-dentystycznej (art 13 — 24). W szczególności, przez praktykę lekarsko-dentystyczną rozumie rozporządzenie wykonywanie wszelkich zabiegów lekarsko-dentystycznych, a więc prawo wykonywania wszelkich tego rodzaju zabiegów w jamie ustnej, które mają na celu leczenie. Przez praktykę techniczno-dentystyczną natomiast rozumie rozporządzenie prawo brania wycisków, celem sporządzenia wszelkiego rodzaju dostawek zębowych oraz osadzenia ich w jamie ustnej (art. 16), a więc prawo przedsiębrania czynności mechaniczno-technicznych, do których wykonywania nie potrzeba szczególnych studjów lub wiadomości naukowych, a umiejętności tę nabywa się tylko drogą odpowiedniej praktyki.

Uprawnionemi do wykonywania praktyki dentystyczno-lekarskiej są osoby, które posiadają dyplom lekarski lub też dyplom lekarza-dentysty (art. 1), tudzież osoby, które rozporządzenie za takie uznanej (art. 2 i 3), uprawnionemi zaś do wykonywania praktyki techniczno-dentystycznej są osoby, które ustawa uznaje za techników dentystycznych (art. 14 i 15), dodając wyraźnie, że technicy dentystyczni nie mają „prawa wykonywania jakichkolwiek zabiegów lekarsko-dentystycznych“.

Jako osobny rodzaj techników dentystycznych, wprowadza rozporządzenie w art. 17-ym t. zw. „uprawnionych techników dentystycznych“, rozporządzenia, którzy złożą specjalny egzamin (art. 17 i 20), lub też ci którzy w chwili wejścia w życie omawianego rozporządzenia pozostawali w zawodzie techniczno-dentystycznym przez lat 15 bez przerwy .

Zakres działania „uprawnionych techników dentystycznych“ określa przepis art. 17 cytowanego rozporządzenia, głosząc, że mogą oni poza uprawnieniami, jakie przysługują technikom dentystycznym na zasadzie art. 16-go, wykonywać „wszelkie zabiegi na poszczególnych zębach i uzębieniu, wchodzące w zakres czynności, jakich potrzeba do sporządzenia zębów sztucznych i uzębienia, koron, mostków i plomb, z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej“.

Przepis ten wydaje się być niejasnym, ponieważ nasuwa się pytanie, jakie zabiegi mogą przedsiębrać uprawnieni technicy dentystyczni poza czynnościami techniczno-dentystycznemi, skoro rozporządzenie zakazuje im leczenia chorób jamy ustnej.

Rozważając bliżej treść tego przepisu, stwierdzić należy, że jest to przepis wyjątkowy, który rozszerza zakres działania pewnej kategorji techników dentystycznych, wobec czego przy wykładni tego przepisu nie można nadawać poszczególnym wyrazom i zdaniom znaczenia szerszego, lecz tłumaczyć je należy w sposób ścieśniający. Stosując tę zasadę, dochodzi się do wniosku, że uprawnionym technikom dentystycznym nie wolno przedsiębrać czynności, wyszczególnionych w art. 17 na zębach i uzębieniu samoistnie, t. j. niezależnie od wykonywania czynności techniczno-dentystycznych, lecz tylko wówczas, gdy wykonywają czynności, potrzebne do sporządzenia sztucznych zębów i uzębienia, koron, mostków i plomb. Również z przepisu tego wynika, że zabiegi odnośne może uprawniony technik dentystyczny wykonywać tylko na poszczególnych zębach,

że więc nie wolno mu wykonywać tych zabiegów na innych częściach składowych jamy ustnej, np. na dziąsłach lub szczękach.

Przepis wspomniany wyłącza natomiast wszelkie czynności, mające charakter leczenia chorób jamy ustnej, z czego wynika, że nie chodzi tu o leczenie jakichś chorób jamy ustnej, nie mających związku z zębami i uzębieniem, bowiem normy w umowie będące są przecież w przepisach o praktyce dentystycznej, a nawet ścisłe odgraniczenie chorób zębów od chorób jamy ustnej przedstawia się z reguły jako niemożliwe, lecz o zabiegi pozostające w związku z leczeniem uzębienia w jamie ustnej, w których zakres wchodzi niewątpliwie znieczulanie i wyjmowanie zębów oraz korzeni. Wyjmowanie zębów i korzeni połączone jest przecież z krwawieniem dziąseł, a więc części jamy ustnej, a do powstrzymania krwawienia potrzeba nieraz umiejętnego zastosowania środków leczniczych, co już wchodzi niewątpliwie w zakres leczenia, a więc w zakres uprawnień lekarza-dentysty, a nie technika dentystycznego, nawet uprawnionego, do którego należy sporządzenie i przystosowanie do istniejącego uzębienia protezy oraz zabiegi na zębach i uzębieniu.

Obrona oskarżonego uprawnionego technika dentystycznego powołała się między innemi jeszcze na następujące argumenty, uzasadniające, zdaniem jej, wykładnię omawianych przepisów w tym kierunku, że uprawnionym technikom dentystycznym przysługuje prawo wyjmowania zębów i korzeni i że zabiegi te nie wchodzą w zakres leczenia choroby jamy ustnej:

1) że pierwotny projekt ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej z 1925 roku pozwalał uprawnionym technikom dentystycznym poza uprawnieniami techników dentystycznych wykonywać nadto wszelkie „rękoczyny" jakich „potrzebują" do sporządzania sztucznych zębów, uzębienia, koron i mostków, z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej; w sprawozdaniu zaś Komisji Sejmowej Zdrowia Publicznego o tym projekcie ustawy dodano jeszcze do wspomnianego ograniczenia leczenia słowa „i z wyjątkiem zabiegów chirurgicznych", które potem w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z 10 czerwca 1927 r. opuszczono: z powyższego wynika, zdaniem obrony, że późniejsze rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 10 czerwca 1927 r. widocznie musiało wspomnianym technikom uprawnionym przyznać szerszy zakres uprawnień, bowiem prawo wykonywania „wszelkich zabiegów" i to nietylko takich rękoczynów, jakich „potrzebują" do sporządzania zębów sztucznych i t. d., lecz wszelkich zabiegów „wchodzących w zakres czynności, jakich potrzeba do sporządzania zębów sztucznych i t. d.", a zatem i usuwania zębów (stojących na przeszkodzie osadzeniu dostawki); nie przyjęto natomiast projektowanego przez Komisję Zdrowia ograniczenia „z wyjątkiem zabiegów chirurgicznych";

2) że skoro art. 16 powołanego rozporządzenia zabrania zwykłym technikom dentystycznym wykonywania „jakichkolwiek zabiegów lekarsko-dentystycznych", zaś art. 17 tegoż rozporządzenia zabrania „uprawnionym technikom dentystycznym" tylko „leczenia chorób jamy ustnej", to między jednem a drugiem ograniczeniem musi być różnica, która właśnie stanowi treść praw przyznanych tym ostatnim technikom; są to

mianowicie zabiegi lekarsko-dentystyczne na zębach i uzębieniu, które nie są „leczeniem chorób jamy ustnej";

3) że wedle Okólnika Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z 6 maja 1930 r., Nr. Z. O. 1572/30 Ministerstwo to na żądanie Wschodnio-Małopolskiego Gremjum uprawnionych techników dentystycznych we Lwowie wyjaśniło, iż wedle art. 17 powołanego rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej uprawnieni technicy dentystyczni mogą wykonywać zabiegi na poszczególnych zębach, przez co rozumieć należy leczenie, plombowanie i eksrakcje, z wyłączeniem leczenia chorób jamy ustnej, i to bez względu na to, czy zabiegi te wykonywane są w celu protezowania;

4) że wedle rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z 21 listopada 1928 r. przedmiotem egzaminu na uprawnionych techników dentystycznych jest także nauka o chorobach i leczeniu zębów tudzież o ich wyjmowaniu.

Co do zarzutów 1) i 2) zauważyć należy co następuje: W dniu 18 lutego 1925 r. przesłano istotnie do Sejmu projekt ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej (druk Sejmowy Nr. 1733) bez motywów, który zawiera w odniesieniu do uprawień techników dentystycznych i uprawnionych techników dentystycznych w art. 18-tym postanowienia analogiczne do przepisów art. 16 i 17 późniejszego rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. ze zmianami wyszczególnionemi pod 1) i 2). Z zastąpienia jednak słowa „rękoczyny" słowem „zabiegi", a wyrażenia „których potrzebują do sporządzania zębów sztucznych" wyrażeniem „wchodzących w zakres czynności, jakich potrzeba do sporządzenia zębów sztucznych i t. d.", oraz z dodania słowa „i plomb" nie można żadną miarą wysnuwać wniosku, że obowiązujące rozporządzenie w stosunku do pierwotnego projektu ustawy sejmowej rozszerzyło zakres czynności uprawnionych techników dentystycznych upoważnieniem do wyjmowania zębów.

Nie przemawia zatem także opuszczenie proponowanego w sprawozdaniu Komisji Zdrowia Publicznego z 18 grudnia 1925 r. (druk Sejmowy Nr. 2245) ograniczenia „i z wyjątkiem zabiegów chirurgicznych", oznaczać to bowiem może tylko, iż uznano za wystarczające określenie omawianego ograniczenia słowami „z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej", pod pojęcie którego podciągnąć wypada zabiegi chirurgiczne.

Z zestawienia brzmienia ostatnich słów art. 16 i 17 cytowanego rozporządzenia, określających ograniczenia uprawnień wymienionych tamże techników, wynika tylko, że uprawnionym technikom dentystycznym wolno w przeciwieństwie do techników dentystycznych wykonywać te zabiegi lekarsko-dentystyczne, które nie są leczeniem chorób jamy ustnej, a więc np. zakładanie plomb do zębów.

Co do zarzutów 3) i 4), to odnośnie do wyjaśnienia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z 6 maja 1930 r. zaznaczyć wypada, iż wyjaśnienie to może być uważane jedynie jako opinja władzy nadzorującej wykonywania praktyki dentystycznej, którą to opinję sądy mogłyby uwzględnić przy stosowaniu odnośnych przepisów ustawy tylko o tyle, o ileby doszły do przekonania, że wyrażona w niej wykładnia odpowiada wyra-

żonej w ustawie woli ustawodawcy. Tego jednak znaczenie nie może Sąd Najwyższy w danym wypadku przypisać omawianej opinji z powodów wyżej przedstawionych.

Okoliczność, że wedle wymienionego pod 4) rozporządzenia, wydanego na zasadzie art. 28 i 20 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 10 czerwca 1927 r., przedmiotem egzaminów uprawnionych techników dentystycznych jest także nauka o wyjmowaniu zębów, nie może stanowić przyczyny do przyznania im uprawnienia do wyjmowania zębów. Okoliczność ta może bowiem mieć tylko to znaczenie, iż odnośna władza uznała za właściwe, aby technik wstawiający protezy i plomby był obznajmiony naukowo z całością przedmiotu w odniesieniu do ustroju uzębienia.

Zważyć także wypada, że skoro w pokrewnych dziedzinach służby zdrowia, jak w szpitalnictwie, w zawodzie aptekarskim, felczerskim, istnieje w dzisiejszych czasach tendencja do podwyższenia wymogów kwalifikacyjnych dla pełnienia poszczególnych funkcyj służby zdrowia, niema i z tego punktu widzenia podstawy do wykładni, rozszerzającej omawianych przepisów rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki dentystycznej i do przyznawania prawa wyjmowania zębów, a więc dokonywania bądź co bądź zabiegu chirurgicznego w jame ustnej osobom, które ze względu na brak odpowiednich studjów lekarskich nie dają zawsze gwarancji, że zdołają zapobiec powstającym często przy wyjmowaniu zębów i korzeni chorobowym komplikacjom. Zresztą, przyjąć należy, że o ileby ustawodawca chciał objawić w tym kierunku swą wolę, byłby niewątpliwie przy dość szczegółowem wyliczeniu w cyt. art. 17-tym poszczególnych zabiegów, do jakich są upoważnieni „uprawnieni technicy dentystyczni", nie pominął jednego z najważniejszych zabiegów, za jakie uznać należy wyjmowanie zębów i korzeni.

Nie można wreszcie rozstrzygnięcia omawianego zagadnienia związać w jakikolwiek sposób z rozróżnieniem celu, w imię którego ma być dokonana ekstrakcja zęba lub korzenia, w szczególności, czy nastąpić to ma w celu założenia protezy, czy też wogóle w celu usunięcia zęba. Cel bowiem tych zabiegów nie ma istotnego znaczenia dla oceny samej istoty tego zabiegu chirurgicznego oraz jego charakteru.

Z tych zasad Sąd Najwyższy postanowił, jak wyżej.

RESUMO (ESPERANTE).

Decido de la dua (kriminala) Chambro de l'Plej Alta Tribunalo kun partopreno de sep jughistoj de la 2.V. 1932 (II. 3 K. 151/32) pri la afero de la rajtigitaj dent-teknikistoj:

1) en la amplekson de la rajtigoj rekonitaj al la rajtigitaj dent-teknikistoj en la art. 17 de la Dekreto de la Prezidanto de la Pola Respubliko de la 10.VI. 1927 (Jhurnalo de la Statutoj Nr. 54 poz. 476) ne eniras la elshirado (extractio) de dentoj kaj radikoj.

2) la supran decidon la Tribunalo decidis enskribi en la libron de la juraj principoj.

II.

Zasadnicze orzeczenie Sądu Najwyższego: w spółce firmanckiej lekarki-dentystki z technikiem dentystycznym niema „najmu pracy" czyli „asystentury".

Konsekwencje:

Firmantka ponosi całkowicie odpowiedzialność za prowadzenie poradni dentystycznej czyli t. zw. gabinetu dentystycznego; składa zeznania o wszelkich podatkach państwowych, wnosi podatki państwowe, komunalne, gminne, ubezpieczeniowe za pracowników pomocniczych, ponosi odpowiedzialność za wszelkie wykroczenia tychże.

Sprawa firmantek techników dentystycznych (zaznaczamy stale, iż solidni pracownicy nie chwytają się tego sposobu obejścia prawa), ma już w Polsce swoją poważną historję. Zjawiska tego nie widzimy w żadnym państwie. Technicy dentystyczni zwykle „etyczne" te pracownice „angażują" jako górnolotnie brzmiące „asystentki" na „gażę", nieraz również „za życie", czyli „utrzymanie" i „mieszkanie" (są tu poważne wahania); nieraz słyszy się również o „potrzebach kulturalnych" w różnej postaci, jak np. bezpłatny ew. ulgowy bilet do kina. Słowem, jest doskonale. To też nic dziwnego, że w tak „doskonałych" warunkach pracy niema kłopotów z podatkami, ubezpieczeniami i t. d. Niektóre niewiasty lecą na zabój na takie „posady" zwykle za pośrednictwem znanego stręczyciela, niewiasty, prawdopodobnie, niewiele wymagalne, niczem pomocnice domowe (nb. podrzędnego gatunku, bowiem lepsze szukają pośrednictwa pracy w odnośnych zrzeszeniach). Zwykle „asystentki" te o szyldach beznazwiskowych, dotychczas wbrew prawu tolerowanych przez władzę, zachowują jak najściślejszą tajemnicę co do możności zdradzenia czemkolwiek swego patrona; tolerują wszystko, co w tych przypadkach jest „wskazane" (w przeciwnym razie niema najczęściej „harmonji" we współżyciu). Niekiedy taki patron urządza sobie bez przeszkód kilka fikcyjnych placówek z „asystentkami", czerpie często poważne dochody. Ponieważ niema tu nazwisk właścicieli, ani firmantek-asystentek, to niewiadomo, kto jest odpowiedzialny za prowadzenie „interesu"; w razie stwierdzenia fikcji „asystentka" daje drapaka z danej miejscowości, a więc „szukaj wiatru w polu". Fikcyjność naraża skarb państwa na straty. Znane są wszak sprawy „króla-partaczy" Bromberga ze Sokołowa Podlaskiego (obecnie już samodzielnie grasuje), którego „firmantki-asystentki" pociągnięto do odpowiedzialności za ukrywanie fikcji, a stąd za narażenie skarbu państwa na straty (niepłacenie podatków); partacz zwalał na „asystentki", te na niego i tak „dookoła Wojtek".

Niżej przytoczone orzeczenie Sądu Najwyższego w sprawie zatargu, jaki powstał pomiędzy technikiem a lekarką-dentystką, rzuci jaskrawe światło na omawianą sprawę z punktu widzenia prawno-państwowego.

Dla ścisłości przedstawiamy całokształt sprawy od początku do ostatecznego orzeczenia najwyższej instancji sądowej. Rzecz prosta, przechodząc różne koleje resp. przez instancje, omawiana sprawa, nb. energicznie prowadzona przez osobę poszkodowaną, pochłonęła spory okres czasu. Z tej przyczyny dopiero obecnie możemy ją podać do publicznej wiado-

mości, bowiem uzyskanie szczegółowych danych nie należało bynajmniej do zadań łatwych.

Lekarka-dentystka Ewa R. wniosła do prokuratora przy Sądzie Okręgowym w Warszawie skargę przeciwko technikowi dentystycznemu M. G. o samowolę w sprawie usunięcia jej z lokalu przy ul. Czerniakowskiej 146, odnajętego na gabinet dentystyczny. Przeprowadzone dnia 17 lipca 1929 r. stosownie do polecenia prokuratora 6-go okręgu m. st. Warszawy przez policję 9-go Komisarjatu na zasadzie art. 20 przep. K. P. K. w trybie art. 242 i 243 K. P. K. dochodzenie stwierdziło co następuje:

W styczniu 1929 r. E. R. zawarła ustną umowę z techn. dent. M. G., wł. prac. techn. (Nalewki 41), mocą której ten wydzierżawił jej lokal, mieszczący się przy ul. Czerniakowskiej 146 wraz z urządzonym gabinetem dentystycznym. Pewnego dnia w czasie jej nieobecności G. usunął wszystkie rzeczy do miejscowego dozorcy, lokal zamknął, zerwał wszystkie tabliczki, które wisiały na drzwiach; prócz tego, zabrał osobiste książki kasowe, pieczątki z jej nazwiskiem, a na drzwiach wywiesił tabliczkę z napisem: „z powodu remontu lokal zamknięty“. Poszkodowana udała się do 9-go Komisarjatu P. P. o interwencję. Przy pomocy posterunkowego została wprowadzona i przyjmowała pacjentów do wieczora, poczem zamknęła lokal na swoją kłódkę. Po upływie godziny wróciła do gabinetu i stwierdziła, że w czasie jej nieobecności G. ponownie zerwał kłódkę i zamknął lokal na swoją kłódkę, a na drzwiach wywiesił tabliczkę: „z powodu remontu gabinet zamknięty“.

G. zeznał, że pomiędzy nim a R. nie było żadnej umowy, co do dzierżawy gabinetu dentystycznego, lokal oraz urządzenie gabinetu dentystycznego były jego wyłączną własnością. *R. pracowała w jego gabinecie, jako asystentka (!!!) i za pracę swoją otrzymywała 50% z osiągniętych zysków.*

Wobec tego, że między nimi zaszły nieporozumienia prywatne (obraziła go), szukał innej pracownicy.

Niezależnie od powyższego R. uzupełniająco wniosła do prokuratora skargę przeciwko G. o przywłaszczenie robót technicznych ze złota na sumę około zł. 600, pudełka ścinków złotych wartości zł. 100 i o fałszerstwo podpisu. Opierając się na pogłoskach, że G. odstręcza jej pacjentów i potajemnie wykonywuje w swej pracowni roboty dentystyczne i wystawia zaświadczenia pod jej nazwiskiem, R. udała się do Kasy Chorych, gdzie istotnie znalazła sfałszowane zaświadczenie i podpis jej, dokonane ręką G. i wystawione na nazwisko jej pacjentów (ze sprawy tej G. został uniewinniony; p. sygnatura akt 273/30, protokół rozprawy głównej, Sąd Grodzki, Oddział 9 z art. 443 p. 2 K. K.). Dalej R. oskarżyła go o kradzież szyldów; z przed bramy domu przy ul. Czerniakowskiej 146 został skradziony szyld z napisem „lekarz-dentysta“ i t. d. Zatrzymany przez policję J. W., uczeń G., przyznał się do zarzucanego mu czynu i oświadczył, że uczynił to za namową G. Ostatni prócz tego wygrażał świadkowi S. przez podstawionych ludzi i domagał się od niego cofnięcia zeznań w tej sprawie i usunięcia się przed zeznawaniem prawdy.

Sąd Grodzki, Oddział 9-ty w Warszawie, na posiedzeniu publicznem po rozpoznaniu w dniu 20 list. 1929 sprawy z oskarżenia G. z art. 507

cz. 2 o samowolne wyrugowanie E. R. z lokalu przy ul. Czerniakowskiej 146, w którym prowadziła ona gabinet dentystyczny, na zasadzie art. 10, 358 K. P. K., art. 507 cz. 2 K. K. postanowił: M. G. lat 26 uznać winnym samowolnego wyrugowania E. R. z lokalu przy ul. Czerniakowskiej 146, w którym prowadziła gabinet dentystyczny, i skazać go na 3 miesiące aresztu oraz pobrać od niego zł. 10 tytułem opłat stemplowych. Zasądzić od tegoż M. G. na rzecz Skarbu Państwa koszty postępowania sądowego (akta sprawy nr. K. 1650/29).

Uzasadnienie wyroku. Na rozprawie głównej m. in. oskarżony do winy popełnienia wyżej opisanego przestępstwa się nie przyznał i wyjaśnił, że z E. R. zawarł umowę *najmu pracy* (uważał za swoją pracownicę) i czyn swój uważa za uprawniony, gdyż nie dopuścił wydalonej pracownicy do pracy; gdy nie chciała opuścić dobrowolnie mieszkania, zabrał klucze i zerwał kłódkę p. R. i powiesił swoją; rzeczy jej rozkazał usunąć do dozorcy. W ostatnim słowie oskarżony G. oświadczył, iż R. trzymał jako pracownicę i umowę z nią zawarł, w celu obejścia prawa, które zabrania technikowi dentystycznemu samodzielnego prowadzenia gabinetu dentystycznego!

W świetle zeznań świadków należy uznać za ustalone, że między stronami istniała umowa, czy to spółki na udział, czy też dzierżawy gabinetu dentystycznego, lecz nie umowa najmu pracy, jak to twierdzi oskarżony, gdyż w myśl istniejących przepisów prawnych o lekarzach-dentystach, prowadzić gabinet dentystyczny może lekarz-dentysta, lecz nie technik dentystyczny i, gdyby taka umowa nawet istniała przeciwna prawu i z mocy samego prawa, byłaby nieważna. Wobec powyższego, skoro poszkodowana R. znajdowała się w posiadaniu gabinetu dentystycznego na zasadzie istniejącej umowy, a umowa może być rozwiązana w razie sporu między stronami jedynie przez Sąd, nie zaś jednostronnie, jak to uczynił oskarżony, to niewątpliwie oskarżony G. nie był uprawniony do samowolnego wyrugowania z lokalu i w ten sposób samowolnego zamknięcia prowadzonego przez poszkodowaną gabinetu dentystycznego.

W ten sposób czyny oskarżonego G. zawierają wszystkie znamiona przestępstwa, przewidzianego w art. 507 cz. 2 K. K. a mianowicie: gwałtu i pogwałcenia praw E. R.

Sprawa następnie w drodze apelacji przeszła do Sądu Odwoławczego, który orzekł:

Wyrok w imieniu Rzplitej Polskiej. W dniu 12 lutego 1930 r. Sąd Okręgowy w Warszawie w Wydz. Odwoławczym karnym w składzie: Przew. Sędzia K. Chwalibóg (referent); sędziowie: Wł. Moczulski, K. Żmijewski, protokulant M. Szymulski, sekretarz, przy udziale prokuratora, po rozpoznaniu sprawy G. osk. z art. 507 K. K. na skutek apelacji, złożonej przez oskarżonego od wyroku Sądu Grodzkiego w Warszawie, Oddział 9, 30 października 1929 roku, orzeka: na mocy art. 358 i 483 K. P. K. oraz art. 507 cz. K. K., uznając M. G., lat 26 winnym, zaskarżony wyrok Sądu Grodzkiego w Warszawie co do winy i kwalifikacji prawnej zatwierdzić, co do kary uchwalić i skazać M. G. na pięćset (500) złotych grzywny z zamianą w razie niemożności na 2 miesiące aresztu, pobrać od niego 75 zł. opłat sądowych za dwie instancje oraz zasądzić od niego na rzecz Skarbu koszty postępowania w sprawie.

Sąd Okręgowy, rozpoznawszy ponownie okoliczności sprawy w związku ze skargą apelującego i zeznaniem zbadanych w drugiej instancji świadków, oraz mając na względzie załączone do sprawy dokumenty, dochodzi do wniosku, iż wyroku Sądu Grodzkiego co do winy i kwalifikacji prawnej czynu oskarżonego jest słuszny. Sąd Grodzki w motywach swego wyroku słusznie ustalił, iż dane przewodu sądowego w I-szej instancji niezbicie świadczą o tem, że *między stronami nie było umowy o najmie pracy*, jak to twierdzi oskarżony.

Sąd Grodzki słusznie przychodzi do wniosku, iż umowy najmu pracy, o której mówi oskarżony i powołani przez niego świadkowie, ze względów formalnych być nie mogło, albowiem jak to wynika z treści art. 2 i 13 Rozp. Prezyd. Rzplitej z dnia 10.VI. 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. U. 54 poz. 476) posiadać i prowadzić gabinet dentystyczny może jedynie lekarz-dentysta, a nie technik, który tylko ma prawo wykonywać czynności dentystyczno-techniczne pod kierunkiem lekarza bez prawa bezpośredniego stykania się z pacjentem, a więc umowa, o której mówi oskarżony, byłaby z mocy prawa nieważną.

Podjęta przez obronę okoliczność, poparta załączonym do sprawy odpisem r-ku firmy B., iż G. nabył urządzenie gabinetu dentystycznego, jest bez znaczenia. Ta okoliczność, że oskarżony otrzymywał na swoje imię kwity za opłacane komorne wobec ustalenia, że pieniądze na komorne były wydawane z dochodów R., również nie może świadczyć o umowie najmu pracy. Również słusznie Sąd Grodzki w motywach swych stwierdza, że skoro poszkodowana R. znajdowała się w posiadaniu gabinetu dentystycznego na zasadzie istniejącej umowy, to G. nie był uprawniony do samowolnego wyrugowania oskarżycielki z lokalu, mieszczącego tenże gabinet.

Powyższe czyny oskarżonego zawierają w sobie charakterystyczne znamiona pośredniego gwałtu na osobie R., przewidzianego w art. 507 K. K. i za pomocą tego gwałtu oskarżony zmusił R. do wyrzeczenia się faktycznego korzystania z prawa do gabinetu dentystycznego.

Ponieważ oskarżony G., dopuściwszy się wyżej wymienionego gwałtu na osobie, jak to wynika z całokształtu sprawy, działał w przeświadczeniu, że przez przymus ten urzeczywistnia swoje prawo do wyłącznego korzystania z lokalu, mieszczącego gabinet dentystyczny, użytkowany przez oskarżycielkę, Sąd Grodzki słusznie zakwalifikował przestępstwo, którego dopuścił się oskarżony z art. 2 507 K. K. Przechodząc do wymiaru kary, Sąd Okręgowy znajduje, iż wobec specjalnych stosunków, które istniały między stronami, kara trzech miesięcy jest zbyt surową i wymienia oskarżonemu G. karę 500 zł. grzywny, uważając, że będzie ona dostateczną represją dla oskarżonego.

Niezadowolony z powyższego wyroku Sądu Apelacyjnego G. złożył kasację do Sądu Najwyższego.

Wyciąg z odpisu Orzeczenia Sądu Najwyższego Nr. 2 K. 426/30. Wyrok w imieniu Rzeczypospolitej Polskiej. Sąd Najwyższy w składzie: przewodniczący sędzia S. N. Dr. E. St. Rappaport, sędziowie S. N. B. Korsak (sprawozdawca), J. Songajłło, przy udziale wiceprokuratora A. Grzybowskiego i jako protokulanta, asesora sądowego E. Skirgajły na rozprawie kasacyjnej 17 czerwca 1930 r. w sprawie G. oskar. z art. 507 K. K.,

po rozpoznaniu kasacji oskarżonego od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie dnia 12 lutego 1930 r. na mocy art. 512 i 557 K. P. K. i art. 60 — 66 p. t. o. k. s., kasację oskarżonego M. G. oddala od tegoż G., tytułem opłaty sądowej w Sądzie Najwyższym pięćdziesiąt złotych zasądza i tegoż oskarżonego kosztami postępowania kasacyjnego obciąża.

Sąd Najwyższy, odrzuciwszy skargę kasacyjną M. G. i zatwierdziwszy wyroki poprz. instancyj, które obaliły istnienie umowy najmu pracy w spółce lekarki-dentystki i technika dentystycznego, tem samem uznał zależność pierwszej od drugiego za nieprawne; wszelkie więc wynikające stąd konsekwencje ponosi lekarka-dentystka-firmantka.

RESUMO (ESPERANTE).

Sentenco de la Plej alta Tribunalo: pri firmaaj kompanioj inter dent-kuracistino kaj dent-teknikisto kiu sub sha senrajta firmao plenumas plej ofte chiujn operaciojn dent-kuracistajn, — ne ekzistas „labora dungo" au t. n. „asistanteco". La firmantino t. e. la dent-kuracistino, cedanta al dent-teknikisto sian firmaon, kaj per tio subtenanta la fushadon, prenas sur sin chiujn konsekvencojn kaj estats plene responda por la gvindado de la dentista kuracejo au t. n. kabineto dentista, raportas deklarojn pri chiuj imposhtoj sthataj, komunumaj, urbaj, asekuraj por la help-laborantoj (efektivaj siaj chefuloj kaj estas plene respondeca por ties leghaj malobservoj (Sentenco de la Plej Alta Tribunalo koncerne la verdikton N. 2 K. 426/30 de la 17.VI. 1930).

Zjazdy.

V Zjazd Stomatologiczny we Lwowie.

Od dnia 28 czerwca do dnia 1 lipca 1931 r.
(Ciąg dalszy, 6. zesz. 1, 2, 3 r. 1932).

Leczenie radem nowotworów. Dr. Meisels i prof. Cieszyński (Lwów). Referat wygłosił Dr. Meisels.

Po omówieniu podstaw biologicznych promieniolecznictwa nowotworów języka i śluzówki jamy ustnej, czynników ogólnych i miejscowych, wpływających na promieniotwórczość komórek nowotworowych, techniki rentgenowskiej i radowej oraz wyników innych autorów, przedstawia referent technikę, którą w swoich przypadkach stosowali wraz z prof. Cieszyńskim, jakoteż uzyskane wyniki.

Leczenie energją promienną, a zwłaszcza w postaci radiopunktury igłami filtrowanemi wedle metody Regaud'a daje w rakach języka i błony śluzowej jamy ustnej wyniki procentowo lepsze, niż zabieg operacyjny.

Kilka dokładnie zbadanych przypadków klinicznych o wyraźnej etjologji zakażenia śródustnego. Zast. prof. Jarząb (Poznań).

Stwierdzenie schorzeń pochodzenia zakażenia śródustnego napotyka na trudności:

1) z braku bezpośredniego związku per continuitatem,

1) z braku bezpośredniego związku per continuitatem,

2) przez wytworzenie się schorzeń odległych i niepodobnych swym klinicznym obrazem do pierwotnego ogniska,

3) przez odległość czasową między powstaniem ogniska zakażenia a wywołaną chorobą,

4) z powodu niejednokrotnego braku potwierdzenia tej samej jakości drobnoustrojów między ogniskiem zakażenia a wywołanem schorzeniem,

5) z powodu trudności wywołania analogicznej choroby przez przeszczepianie odpowiednich drobnoustrojów z ludzi na zwierzęta.

Jedyną możnością potwierdzenia łączności obydwu schorzeń dają te przypadki, które długi czas opierały się swoistemu leczeniu, a po zastosowaniu zabiegów w jamie ustnej nastąpiło szybkie i zupełne wyleczenie.

Na dowód wszystkich powyższych tez przedstawia ciekawsze historję chorób, statystykę opracowaną na podstawie współpracy z innemi klinikami, objaśnienia badaniami bakterjologicznemi i rentgenologicznemi.

Stosowanie dźwigni amerykańskich. Dr. Gelbard (Warszawa).

Chirurgję amerykańską na Zjeździe Centralnego Związku Lekarzy-dentystów w r. 1926 w Düsseldorfie referował prof. Adrion i zakomunikował, że w Ameryce istnieje specjalność w dentystyce, u nas nieznana — „eksodoncja", wspomniawszy dwa znane nazwiska eksodontystów Wintera i Barry'ego.

Winter wykonał kilka tysięcy ekstrakcyj zębów mądrości impaktowanych za pomocą swoich dźwigni, których ilość dochodzi do 20-tu, dał klasyfikację typów, wskazania do typu operacji i podał graficznie poszczególne fazy wykonywanego zabiegu. Barry osobiście demonstrował w wielu klinikach niemieckich, jak należy operować za pomocą jego dźwigni.

Dźwignie amerykańskie przychodzą z pomocą w przypadkach skomplikowanych ekstrakcyj zębów mądrości i przy ciężkiej frakturze; zredukowały one stosowanie dłuta do minimum.

Zaletą takiej ekstrakcji jest precyzja w robocie bez uszkodzenia dziąsła i wyrostka zębodołowego, daje szybkie gojenie, nie daje następczych krwotoków i bólów poekstrakcyjnych, a proces gojenia przebiega bez zakażenia miejscowego. Dla trudniejszych typów ekstrakcyj impaktowanych zębów mądrości rentgenografja jest konieczna; na mocy zdjęcia ustala się djagnozę — typ i wskazania do typu operacji, plan samego zabiegu i wybór dźwigni.

Przy zatrzymanych zębach należy ustalić położenie (pionowe lub poziome), retencję całkowitą lub częściową, formę korzeni, ich kierunek i rozgałęzienie.

Referent zademonstrował komplet amerykańskich dźwigni propagowanych przez Heinemann'a na 7-miu fotografjach, fazy poszczególne przy wykonaniu zabiegu operacyjnego.

Przegląd metod ekstrakcyjnych w trudnych przypadkach w ostatniem 20-leciu. Dr. M. Jankowski (Lwów).

Przy usuwaniu złamanych korzeni używa się dźwigni o różnych kształtach, dłut prostych, bagnetowych, płaskich i wydrążonych.

Szczególne trudności nastręczają przypadki, w których z powodu przewlekłego zapalenia ozębnej wytworzyły się wyrośla kostne, pogrubiające

szczyt korzeni, najczęściej kłów i dwuguzkowców; dalej kostniaki w sąsiedztwie zębów usuniętych. Odrębną grupę stanowią przypadki, w których pozostał w kości szczękowej tylko krótki szczyt korzenia. Tę resztkę korzenia usuwamy nie przez zębodół, lecz od zewnątrz wyrostka zębodołowego prez utworzone w kości okno sposobem Cieszyńskiego. Technika operacyjna jest podobna do operacji resekcji korzenia.

Do usuwania zębów mądrości niewyrzniętych, względnie nieprawidłowo wyrzniętych, autor podaje metodę Wintera i Barry'ego oraz narzędzia, używane przez tych operatorów jak i metodę Cieszyńskiego, która może być używana przy typowem i atypowem ustawieniu zęba.

Dzięki bagnetowym, drążonym dłutom oraz płaskim, zgiętym pod kątem, przez nawiercenie wyrostka zębodołowego od strony policzkowej i odśrodkowej możemy używać dźwigni Barry'ego, Wintera i dojść do celu, nie stosując metody Partscha z wydłutowaniem bocznej ściany. W ten sposób zaoszczędzić można często chorym powikłań, które spotykamy po wydłutowaniu zewnętrznej ściany zębodołu.

Badania naukowe naturalnych barw zębów w stosunku do barwy skóry, włosów i oczu. Dr. Geyer (Berlin). Referat tłumaczył dr. Allerhand. Referat w polskim przekładzie został przesłany uczestnikom Zjazdu w miesiącu wrześniu przez firmę Edeco.

Tayloryzacja pracy w ambulatorjach Kas Chorych, klinikach szkolnych i w praktyce prywatnej. Prof. Cieszyński (Lwów). Referat ukaże się w całości w „Przeglądzie Dentystycznym".

Wpływ ergosteryny naświetlanej na budowę kośćca i strukturę zębów. Lek. dent. Hrynkiewiczowa (Poznań).

Ze środków leczniczych, wpływających na przemianę mineralną, najlepsze i widoczne wyniki dał preparat ergosteryny naświetlanej vitavit Spiessa.

Badania eksperymentalne, przeprowadzone nad myszami i morskiemi świnkami, wykazały, iż, stosując vitavit w odpowiednich dozowaniach i odpowiednich okresach fizjologicznych tych zwierząt, można wywołać silniejszą budowę kośćca i uzębienia, a tem samem wpłynąć profilaktycznie na leczenie próchnicy.

K l i n i c z n i e: zwierzęta przy podawaniu vitavitu stawały się łagodniejsze, wzmagał się ruch, łaknienie, przybierały na wzroście i wadze — w stosunku do zwierząt niedoświadczalnych,

R e n t g e n o l o g i c z n i e: obrazy wykazywały znaczniejsze odkładanie się soli wapnia — b. zbitą tkankę kostną na kończynach długich i szczękowych,

W sprawie etjologji próchnicy zębów. Lek. dent. Zakrzewska (Warszawa).

Dla wyjaśnienia roli, jaką odgrywają drobnoustroje przy powstawaniu próchnicy, referentka przytoczyła poglądy szeregu uczonych. Oprócz czynników, wywołujących próchnicę, jak bakterje i kwasy, wspomniany jest cały szereg przyczyn usposabiających. Rozwój próchnicy zębów w dużym stopniu zależy od ogólnego stanu ustroju, przemiany materji i odżywiania, to jest dostarczenia organizmowi w odpowiedniej ilości soli mineralnych i witamin.

Fizyka djatermji z uwzględnieniem badań najnowszych. Abs. med. Frankowski (Lwów).

Djatermja polega na zastosowaniu dla celów leczniczych ciepła, wytworzonego przez prądy szybkozmienne, przechodzące przez tkanki. Dla celów djatermicznych używane są tylko prądy zmienne o minimalnej częstotliwości kilkudziesięciu tysięcy okresów na sekundę, gdyż prądy stałe i zmienne niskiej częstotliwości działają pobudzająco na nerwy czuciowe i ruchowe.

D. c. n.

Rozporządzenia urzędowe.

I.

ROZPORZĄDZENIE PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ.

z dnia 21 czerwca 1932 r.

O przekazaniu zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawach zdrowia publicznego Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej.

Dz. Ust. Rzp. P. Nr. 52 z dnia 25 czerwca 1931 r. poz. 493.

Art. 1. Zakres działania Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawach zdrowia publicznego przekazuje się — z wyjątkami określonemi w ust. 2 — Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej.

W zakresie działania Ministra Spraw Wewnętrznych poozstawia się sprawy sanitarno-techniczne, a w szczególności związane z planowaniem osiedli, budownictwem, zaopatrywaniem w wodę, usuwaniem nieczystości, ochroną czystości powietrza, nadzorem nad instytucjami działającemi w zakresie techniki sanitarnej, szkolenia personelu techniczno-sanitarnego oraz sprawy cmentarzy ze stanowiska sanitarno-technicznego, z wyjątkiem spraw sanitarno-porządkowych osiedli.

Art. 2. Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej przekazuje się dotychczasowy zakres działania Ministra Spraw Wewnętrzych w sprawach kosztów leczenia.

Art. 3. Określony w ustawach zakres działania wojewódzkich i powiatowych władz administracyji ogólnej w sprawach, objętych art. 1 i 2, pozostaje bez zmiany.

Art. 4. Urzędnicy i niżsi funkcjonarjusze państwowi oraz pracownicy kontraktowi, pełniący służbę w zakresie spraw objętych art. 1 ust 1, z którymi do dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia nie rozwiązano stosunku służbowego, przechodzą z tym dniem do działu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

W zastosowaniu do personelu, pełniącego służbę w województwach i powiatowych władzach administracji ogólnej przepis ustępu 1 dotyczy tylko funkcjonarjuszy fachowych.

Art. 5. Wykonanie niniejszego rozporządzenia porucza się Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej.

Art. 6. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem 1 lipca 1932 r.

II.

ZARZĄDZENIE RADY MINISTRÓW.
UCHWALENIE NOWEGO STATUTU MINISTERSTWA PRACY I OPIEKI SPOŁECZNEJ.
UCHWAŁA RADY MINISTRÓW.

z dn. 25 czerwca 1932 r.
(Załącznik do Uchwały Rady Ministrów z dnia 25 czerwca 1932 r.).

§ 1.

Zatwiedza się dołączony do uchwały niniejszej Statut organizacyjny Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

§ 2.

Wykonanie uchwały nieniejszej porucza się Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej.

§ 3.

Uchwała niniejsza wchodzi w życie z dniem 1 lipca 1932 r.

Równocześnie traci moc obowiązującą Statut organizacyjny Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, zatwierdzony uchwałą Rady Ministrów z dnia 4 grudnia 1931 r. („Monitor Polski" z 1932 r. Nr. 5, poz. 9)

Prezes Rary Ministrów: *A. Prystor.*
Minister Pracy i Opieki Społecznej: *Hubicki.*

STATUT ORGANIZACYJNY MINISTERSTWA PRACY I OPIEKI SPOŁECZNEJ.

§ 1. Ministerstwo Prasy i Opieki Społecznej dzieli się na 4 Departamenty: I. Pracy, II. Ubezpieczeń Społecznych, III. Opieki Społecznej i IV. Służby Zdrowia oraz Gabinet Ministra i Biuro Personalne.

Główny Inspektorat Pracy wchodzi organizacyjnie, jako wydział Inspekcji Pracy do Departamentu Pracy. Na czele Departamentu Pracy stoi Główny Inspektor Pracy.

§ 2. Departament Pracy obejmuje sprawy, związane z zagadnieniami polityki i ochrony pracy najemnej we wszystkich jej dziedzinach, sprawy inspekcji pracy i urzędów rozjemczych pracy oraz sprawy pośrednictwa pracy, bezrobocia, migracji wewnętrznej i sprawy emigracyjne w kraju i transportu migrantów.

§ 3. *Departament Ubezpieczeń Społecznych* obejmuje sprawy ubezpieczeń społecznych: na wypadek choroby, inwalidztwa starości, śmierci, od wypadków przy pracy oraz ubezpieczenia na wypadek braku pracy pracowników umysłowych.

§ 4. *Departament Opieki Społecznej* obejmuje sprawy opieki społecznej nad dorosłymi, dziećmi i młodzieżą, sprawy opieki nad osobami, względem których państwo ma specjalne obowiązki z tytułu publicznego, zwłaszcza nad inwalidami wojennymi, sprawy profilaktyki w zakresie opieki społecznej oraz sprawy samopomocy społecznej.

§ 5. *Departament Służby Zdrowa* obejmuje sprawy z zakresu administracji zdrowia publicznego, lecznictwa, profilaktyki i higjeny, sprawy zarządu państwowych zakładów, uzdrowisk i instytucyj, działających w tym zakresie, oraz sprawy pomocy lekarskiej dla pracowników państwowych.

§ 6. *Gabinet Ministra* obejmuje sprawy, związane z kierownictwem Ministerstwa, władz i urzędów podległych, sprawy nadzoru nad pracami ustawodawczemi w Ministerstwie, sprawy nieobjęte zakresem działania innych komórek organizacyjnych, sprawy Sekretarjatu Osobistego Ministra oraz sprawy, związane z budżetowo-gospodarczą obsługą Ministerstwa i urzędów podległych, sprawy prasowe, bibljoteki, wydawnictw, Składnicy Akt i Kancelarji Ministerstwa.

§ 7. *Biuro Personalne* obejmuje sprawy osobowe funkcjonarjuszy Ministerstwa i podległych mu władz, urzędów i instytucyj.

§ 8. Minister Pracy i Opieki Społecznej ustala szczegółowy podział czynności Ministerstwa i regulamin Ministerstwa, które będą ogłoszone w „Monitorze Polskim".

III.

ROZPORZĄDZENIE PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ:
z dnia 12 lipca 1932 r.

O wprowadzeniu nazwy „Minister Opieki Społecznej" i „Ministerstwo Opieki Społecznej".

Dz. U. Rzp. P. Nr. 64 z dnia 7 lipca 1932 r. poz. 597.

Na podstawie art. 44 ust. 6 Konstytucji i art. 1 lit. b) ustawy z dnia 17 marca 1932 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. U. R. P. Nr. 22 poz. 165) postanawiam co następuje:

Art. 1. Nazwa „Minister Pracy i Opieki Społecznej„ zmienia się na nazwę „Minister Opieki Społecznej", a nazwa „Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej" na nazwę „Ministerstwo Opieki Społecznej".

Art. 2. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Pan Prezydent Rzeczypospolitej postanowieniem z dnia 30 czerwca b. r. mianował *Podsekretarzami Stanu w III stopniu służbowym w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej* dotychczasowego Dyrektora Kasy Chorych w Warszawie p. Kazimierza Rożnowskiego oraz dotychczasowego Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych p. dra Eugenjusza Piestrzyńskiego.

Pan Prezydent mianował dotychczasowego Dyrektora Urzędu Emigracyjnego p. Bolesława Nakoniecznikoffa *Dyrektorem Departamentu w IV stopniu służbowym w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej.*

Pan Prezydent Rzeczypospolitej mianował Naczelnika wydziału w IV stopniu służbowym w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej dra Jana Adamskiego *Dyrektorem Departamentu w temże Ministerstwie* w dotychczasowym stopniu służbowym.

PO REORGANIZACJI MINISTERSTWA PRACY I OPIEKI SPOŁECZNEJ.

Z dniem 1 lipca r. b. rozpoczęli urzędowanie w Ministerstwie Dyrektor Kazimierz Rożnowski i Dyr. Eugenjusz Piestrzyński, obejmując stanowiska *wiceministrów* oraz Dyrektor Nakoniecznikoff, obejmujący stanowisko Dyrektora Departamentu Opieki Społecznej.

P. Wiceminister Rożnowski zajmować się będzie sprawami, wchodzącemi w zakres działalności Departamentów Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, p. Wiceminister dr. Piestrzyński zaś sprawami, wchodzącemi w zakres działalności Departamentów Opieki Społecznej i Służby Zdrowia.



Dr. med. Eugenjusz Piestrzyński, Wiceminister Opieki Społecznej.

Mianowany dnia 1 lipca r. 1932 Podsekretarzem Stanu w Ministerstwie Opieki Społecznej dr. Eugenjusz Piestrzyński, były Dyrektor Departamentu Zdrowia Min Spraw. wewn., urodził się 18.XII.1887 r. Do gimnazjum uczęszczał w Kaliszu. W r. 1905 został wydalony ze szkoły za udział w strajku szkolnym. Maturę uzyskał w rok później w Krakowie. W marcu 1912 r. uzyskał na Uniwersytecie Jagiellońskim dyplom doktora medycyny. Praktykę lekarską odbywał w klinice położn.-gin. prof. Roznera w Krakowie. Zaraz po wybuchu wojny, dnia 6 sierpnia 1914 r., wyrusza wraz ze strzelcami na front w charakterze lekarza I-szej brygady, gdzie wśród znojów i trudów życia żołnierskiego niesie pomoc walczącym za wolność „Tej, która nie zginęła". Po pamiętnej odmowie przysięgi w r. 1917 zostaje internowany w obozie koncentracyjnym w Benjaminowie, gdzie przebywał przeszło rok.

Od listopada 1918 r. dr. Piestrzyński pełnił obowiązki lekarza przybocznego naczelnika Państwa, Marszałka J. Piłsudskiego.

W r. 1924 dr. Piestrzyński został mianowany Komendantem Szpitala Okręgowego w Toruniu. W jesieni 1925 przeszedł do rezerwy w randze

pułkownika W. P. i zajął się wolną praktyką lekarską w Kaliszu oraz ordynował w tamtejszej Kasie Chorych. W dwa lata potem objął stanowisko Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia w Min. Spraw. Wewnętrznych.

Poza tem dr. Piestrzyński wiele czasu poświęca pracy społecznej i obywatelskiej, zajmując cały szereg odpowiedzialnych stanowisk, a mianowicie: piastuje godność prezesa Polskiego Tow. Higjenicznego, prezesa Polskiego Związku Przeciwgruźliczego i wiceprezesa Zarządu Głównego Zw. Legjonistów.

Za wybitne zasługi, położone dla Odrodzonej Ojczyzny, dr. Piestrzyński został odznaczony krzyżem „Virtuti Militari", dwukrotnie „Krzyżem Walecznych", złotym „Krzyżem Zasługi" oraz Krzyżem „Polonia Restituta".

Jako Wiceminister Ministerstwa Opieki Społecznej, dr. Piestrzyński kieruje sprawami opieki społecznej i zdrowia publicznego.

Stojąc na czele dwu poważnych instytucyj — T-wa Higjenicznego i T-wa Przeciwgruźliczego — dr. Piestrzyński, mimo różnych przeszkód, wyrastających bez przerwy, poświęca sporo pracy i wysiłku, aby wydźwignąć je do właściwego poziomu dla dobra społecznego.

Gorąco wierzymy, iż, jak w okresie zdobywania Niepodległości Państwa dr. Piestrzyński, jako żołnierz wśród zmagań, znoju, ciężkiej i odpowiedzialnej pracy humanitarno-samarytańskiej wespół ze swoimi towarzyszami dążeń ideowych kroczył nieustannie naprzód, tak obecnie w tym ogromie obowiązków względem Odrodzonego Państwa i społeczeństwa, które na nim spoczywają ze względu na stanowisko, wytrwale realizować będzie wszelkie dążenia do pomyślnego rozwiązania zagadnień prawnopaństwowych i społecznych, związanych z opieką społeczną i zdrowiem publicznem.

Sfera pracy nowego Wiceministra dra Piestrzyńskiego sięga obecnie na nowem stanowisku znacznie dalej. W tej pracy wytężonej, w tym znacznym zespole obowiązków społecznych, w ciężkim okresie naszego życia państwowego dr. Piestrzyński nadal rozwijać będzie swoją szlachetną ideę państwowo-organizacyjną, którą oddawna ukochał, i z większem oddaniem się i poświęceniem do życia budził.

Ufamy, iż w tej pracy twórczej, z żelazną konsekwencją i korzyścią realizowanej, skieruje też baczną uwagę na nasz zawód dentystyczny, na chaos dotychczas w tym panujący i tak szkodliwie odbijający się na zdrowiu publicznem.

Siła przekonywania nowego opiekuna zdrowia publicznego, znana jeszcze z czasów początkowej jego pracy ideowej, co nie jest tajemnicą, ostatecznie zwycięży w imię dobra społecznego, bynajmniej nie patosem słowa, lecz naturalną, niepodlegającą dyskusji koniecznością załatwienia spraw, stanowiących oddawna nader wrażliwe bolączki życia naszego zawodu, spraw, zaznaczamy, dla każdego nieobojętnych, mających bezwzględną i nieodporną słuszność, ściśle też związanych więzami prawno-państwowemi, przez różnych szkodników społecznych ignorogowanych.

Redakcja nasza, która zawsze wysoko ceni każdy czyn w imię dobra powszechnego, z okazji mianowania dra Piestrzyńskiego wiceministrem na wysokiem stanowisku państwowem składa mu najserdeczniejsze życzenia dalszej owocnej pracy dla dobra Państwa i społeczeństwa.

Sprawozdania.

Z PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU DENTYSTYCZNEGO.

(P. — zesz. 2 marzec/kwiecień, z. 3 maj/czerwiec r. b.).

Katedra protetyki.

Kierownik: zast. prof. dr. med. Cybulski.

Asystenci: lek.-dent. Galasińska, Sobolewska, Weryho-Derewska-Lubczyńska, Grodner, Wesołowska i dr. Bohdanowicz.

Wolontarjusze: ośmiu absolwentów P. I. D. dyplomowanych.

Technicy dentystyczni: 3 techników etatowych.

Pomocnica kliniczna: 1 nieetatowa.

Klinika protetyczna zadanie swoje dzieli na dwa odrębne działy: propedeutykę, zajmującą się teoretycznem przygotowywaniem do kliniki i pracami fantomowemi studentów, oraz właściwą klinikę, załatwiającą dziedzinę leczniczą u pacjentów i równocześnie wprowadzającą słuchaczy w dziedzinę praktyki klinicznej. Nauczanie na każdym oddziale trwa dwa lata. Poza godzinami obowiązkowemi odbywają się trzy razy tygodniowo nieobowiązkowe ćwiczenia propedeutyczne po 3 godz.

Bibljoteka ma charakter podręcznej przy katedrze; książek się nie wypożycza, natomiast korzystać z nich mogą jedynie osoby, wchodzące w skład personelu kliniki.

Na oddział propedeutyczny uczęszczało słuchaczy ze wszystkich czterech kursów 444; z tego poza tem uczęszczało na wykłady i ćwiczenia kliniczne 202 słuchaczy.

Wykładów dla słuchaczy poza P. I. D. nie było.

W klinice odbywało praktykę ośmiu lekarzy-dentystów dyplomowanych.

Warunki pracy pedagogicznej były nad wyraz ciężkie tak ze względu na lokal, jak również i na niedostateczną ilość pomocy naukowych, a najgorzej daje się odczuć brak dostatecznej liczby sił asystenckich.

Nader dotkliwie dawało się również odczuć rozmieszczenie obu oddziałów w dwu stosunkowo odległych lokalach.

W odb. we Lwowie Zjeździe Stomatologicznym wzięli udział wszyscy asystenci i kierownik kliniki. Kierownik kliniki wygłosił na Zjeździe referat p. t.: „O dostawkach podpartych“ (było wydr. w Nr. 2 „Kroniki“); st. asystentka Galasińska wygłosiła referat: „O koronie pełnej lanej“.

Praca naukowa.

Dr. Cybulski: „Stomatitis bismutica“ (Polska Dentystyka Nr. 4, 5, 6, r. 1931).

Asystent Kliniki: dr. Bohdanowicz: „Statystyka mięśnia śmiechowego u Polaków“. Referat wygłoszony i ogłoszony drukiem w Księdze Pamiątkowej Międzynarodowego Zjazdu Anatomów w Warszawie.

Warunki pracy naukowej ze względu na przeciążenie pracą dydaktyczną i kliniczną zbyt szczupłego personelu kliniki są nadzwyczaj niepomyślne. Dołacza się do tego niedostateczna ilość pomocy naukowych.

Praca lekarska w klinikach.

Ogólna liczba przyjęć pacjentów 4.515.
Przyjętych po raz pierwszy 1.055.
Wykonano:
19 dostawek kauczukowych całkowitych,
81 dostawek kauczukowych częściowych,
23 dostawki kombinowane (złoto z kauczukiem),
48 koron i wkładów pojedynczych,
69 dostawek wieloczłonowych złotych (mosty),
62 dostawki kombinowane pojedyncze złoto-porcelanowe (Richmonda i t. d.),
2 dostawki kombinowne wiealoczłonowe złoto-porcelan.,
5 dostawek chirurgicznych prostych,
2 dostawki kombinowane wieloczłonowe złoto-porcelan.,
120 napraw,
3 korony nakrywkowe (żakietowe).
W roku sprawozdawczym zwiedził klinikę prof. dr. Cavina z Bolonji.

Katedra ortodoncji.

Kierownik: zast. prof. dr. M. Zeńczak, 1 st. asyst. lek.-dentystka Grzybowska, 8 wolontarjuszy (dyplom.) i 1 sanitarjuszka.

Klinika ortod. przy ul. Marszałkowskiej 116 II piętro, zajmowała 1 pokój. Sale kliniczne i poczekalnie były wspólne z Kliniką protetyczną. Wykłady dla słuchaczy P. I. D. odbywały się we wspólnej sali wykładowej klinicznej. Zbyt małe pomieszczenie lokalowe utrudniało w znacznym stopniu pracę naukową i pedagogiczną.

Przyjęcia chorych, zgłaszających się o pomoc regulacyjną, odbywały się w Klinice w dnie powszednie w godzinach wieczorowych od 17 — 20. Załatwianie ambulatoryjnie chorych było powierzone st. asystentowi i wolontarjuszom dyplomownym. Do obowiązku tych należy praca przygotowawczo-techniczna aparatów regulacyjnych i współpraca pedagogiczna ze studentami. Słuchacze IV kursu, podzieleni na mniejsze grupy, kolejno asystują przy pracy klinicznej, wykonywując poszczególne zabiegi na chorych według wskazówek kierującego regulacją lekarza asystenta-wolontarjusza.

Bibljoteka Oddziału składa się z 41 tomów, w co wliczone są roczniki pism zawodowych.

Do wykładów i ćwiczeń ortodontycznych dopuszczony był kurs IV. Ćwiczenia były ujęte jako fantomowo-przygotowawcze aparatów regulacyjnych oraz kliniczne na chorych, obejmujące zakres djagnostyki i postępowania leczniczego.

Przyjmowania chorych na klince oraz prace przygotowawczo-techniczne dokonywali lekarze wolontarjusze w liczbie 8 według odnośnych wskazówek, specjalizując się zawodowo w ortodoncji. Warunki pracy pedagogicznej są nader uciążliwe.

Ze strony M. W. R. i O. P. został przyznany Kat. Ortod. jedynie etat nadzwyczajnego profesora bez personelu pomocniczego. Wpływy kliniczne są zatem obciążone prócz kosztów utrzymania kliniki opłatami asysten-

ta, sanitarjuszki, woźnego, co hamuje możność zaopatrzenia się w najprymitywniejsze chociażby pomoce naukowe.

Brak personelu nie pozwala na rozwój Kliniki, odpowiadający postępowi nauki, ani też na postawienie pracy ze studentami na odpowiednim poziomie.

Dr. Zeńczak ogłosił drukiem następujące prace: 1) „Racjonalne wyciski dla dostawek płytkowych" (Przegląd Dentystyczny rok 1931 nr. 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12), 2) „Kilka uwag o postępowaniu leczniczem przy zgorzeli w zębach" (Przegląd Dentystyczny rok 1931 nr. 6), 3) „Spostrzeżenia klinczne nad metalem Wipla i jego zastosowanie w aparatach regulacyjnych" (Polska Stomatologja 1931 nr. 4, 5, 6, Księga Pamiątkowa).

W czynnym okresie Kliniki odbywały się pod przewodnictwem kierownika dr. Zeńczak co tydzień zebrania naukowe, na których został wygłoszony szereg referatów z dziedzin specjalnych. W zebraniach uczestniczyli lekarze specjaliści w ortodoncji, a w szczególności pracujący i byli asystenci-wolontarjusze Kliniki. Personel lekarski, przeciążony pracą kliniczno-zarobkową, nie posiada ani pracowni, ani potrzebnych pomocy, nie jest w możności pracować naukowo.

Praca lekarska w Klinikach:

Liczba wizyt ogólna 2.253, w czem pierwszorzędnych 162, regulacyj nowych przeprowadzono 46, pozostałych z ubiegłego roku 80, ponadto wydano 5 dostawek kaucz., 7 koron, 2 obturatory.

Dr. Zeńczak odbywał studja zagraniczne, jako stypendysta Min. W. R. i O. P. Podczas pobytu na studjach w Niemczech dr. Zeńczak brał udział w Zjeździe Niemieckim w Berlinie. Ponadto uczestniczył w Zjeździe Stomatologicznym we Lwowie i Międzynarodowym A. S. Z. w Budapeszcie.

Kronika i sprawy zawodowe.

= **Sprostowanie.** W zesz. 4 z r. b. wskutek wadliwego złamania szpalt w kolumny (stronice) zaszła omyłka w umieszczeniu wiersza. Wiersz ostatni na str. 167 (u dołu): „*Wybrani zostali: do zarządu kol. — Żegański, Lubodziecki, Kellerman*" — winien być przeniesiony na *str. 165* i umieszczony również na końcu tejże stronicy (czytelnik, zresztą, łatwo sam się zorjentował co do zaszłej omyłki).

Na str. 166, w. 5, prawidłowe nazwisko brzmi *Kapłun* (nie Kapłan, jak podano).

= **Uprawnienie techników dentystycznych b. Zab. Ros.** Grono lekarzy stomatologów zwróciło się do N. I. L. z prośbą o poparcie starań w kierunku przeciwdziałania zamierzonemu projektowi uprawnienia do samodzielnej praktyki techników dentystycznych w b. Zab. Ros. Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej poparł tę sprawę, składając odpowiedni memorjał do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, w którym uzasadnia szczegółowo niebezpieczeństwo, grożące zdrowiu publicznemu przez nadanie uprawnień dentystów dyplomowanych technikom dentystycznym b. Zab. Ros., zupełnie nieprzygotowanych do samodzielnego wykonywania praktyki denty-

stycznej, co wprowadzi jedynie w błąd publiczność i ułatwi potajemne uprawianie niedozwolonej praktyki (Dz. U. I. Z. nr. 5. 1932).

= **Zmarli.** W Toruniu dnia 19 września 1932 r. zmarł lekarz-dentysta Marjan Esden-Tempski.

Dnia 18 października r. 1932 w Warszawie po długich cierpieniach zmarła lekarka-dentystka Ludwika z Downarowiczów Bartmańska.

Dnia 26 października 1932 r. w Warszawie po krótkich cierpieniach zmarł lekarz-dentysta Edward Siekierzyński, przeżywszy lat 59. Zmarły był swego czasu asystentem Państwowego Instytutu Dentystycznego, ostatnio pracownikiem Kasy Chorych. Znany był, jako solidny znawca techniki protetycznej.

W Lublinie zmarł dr. Adam Brzeziński, przeżywszy lat 68. Zmarły zajmował się praktyką dentystyczną, ostatnio był prezesem miejscowego Oddziału Związku lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem.

W Warszawie dnia 16 listopada zmarł lekarz-dentysta Jakób Berland, przeżywszy lat 55. Zmarły nie zajmował się praktyką dentystyczną.

W Warszawie po długich i ciężkich cierpieniach zmarł dnia 16 listopada jeden z najstarszych i najpoważnieszych techników dentystycznych Mieczysław Komar. Zmarły był założycielem pierwszej w Polsce wytwórni kauczuku dentystycznego.

= **Samobójstwo lekarza-dentysty.** W dniu 27.VII. 1932 r. z Sanatorjum dla chorych nerwowo dr. Dydyńskiego w Warszawie wyszedł na przechadzkę w towarzystwie pielęgniarki 47-letni M. Goldenberg, lekarz-dentysta, mieszkaniec Łodzi, przebywający na kuracji w temże Sanatorjum od 2-ch miesięcy. Wspomniani byli w parku im. Paderewskiego, a około godziny 13-ej wracali w kierunku Sanatorjum. Na Nowym Zjeździe Goldenberg odłączył się od towarzyszki, pobiegł na pomost, prowadzący do 7-piętrowego domu Nr. 7 i przeszedł kilkakrotnie nerwowo po pomoście. Chorego spostrzegła lokatorka wspomnianego domu. W momencie, gdy Goldenberg wdrapywał się na poręcz, pielęgniarka zaś wzywała ratunku, ten szarpnął się i runął na bruk placu przy ul. Marjensztadt. Wskutek pęknięcia czaszki G. zmarł przed przybyciem Pogotowia.

OD WYDAWNICTWA.

Usilnie prosimy o uregulowanie należności za czas bieżący i ubiegły. Pomimo, iż wielu zaległym prenumeratorom wstrzymaliśmy wysyłkę pisma, i, zdawało się, iż ostatecznie ustaliliśmy listę prenumeratorów, jednak mamy coraz to nowych zalegających, którzy bynajmniej nie śpieszą się z uregulowaniem należności.

Kto sobie nie życzy dalszego prenumerowania pisma, zechce nas o tem zawiadomić zawczasu, w celu uregulowania nakładu.

Pomimo wysłania znacznej liczby monitów do zalegających prenumeratorów, należność dosyć pokaźna nie została dotychczas uregulowana, aczkolwiek pismo wysyłane było na wyraźne żądanie. Nadmieniamy, iż, jak wiadomo, są to osoby przeważnie zamożne, widocznie, lekceważące swoje obowiązki w stosunku do pisma.

Tym prenumeratorom, którzy pomimo naszych odezw dotychczas prenumeraty nie uiścili, wysyłkę pisma wstrzymaliśmy.

Przysyłanie nam dowolnych drobnych sum uważamy za niewłaściwe, bowiem upominamy się tylko o to, co nam słusznie się należy.